QUESTIONS TIRÉES AU SORT.

N° 56.

22.

Sciences accessoires.

Quels sont les agents chimiques capables de neutraliser les propriétés vénéneuses des sels de baryte ?

Anatomie et Physiologie.

Des diverses espèces de cavités osseuses.

Sciences chirurgicales.

Dans quel cas et comment pratique-t-on la résection des extrémités inférieures du fémur et supérieure du tibia ?

Sciences médicales.

Donner les caractères du zona ; indiquer les principales théories émises quant à sa nature.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

à la Faculté de Médecine de Montpellier, le 21 Mai 1841 ;

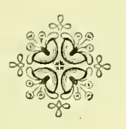
PAR

Gavarry (J.-J.-F.) ;

de St-Gilles (Gard) ;

Chirurgien Sous-Aide-Major titulaire aux ambulances de l'armée d'Afrique.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.



MONTPELLIER,

VEUVE RICARD, NÉE GRAND, IMPRIMEUR, PLACE D'ENCIVADE.

1841.

AU MEILLEUR DES PÈRES.

A LA PLUS TENDRE ET LA PLUS DÉVOUÉE DES MÈRES.

Vos trop grands sacrifices m'imposent le silence !!!

A MON FRÈRE ALEXANDRE.

A MES SŒURS

JOSÉPHINE ET FANNY.

Que votre bonheur égale mon amour.

GAVARRY.

A M. BOUDIN,

Docteur en médecine, Médecin ordinaire des armées françaises, Médecin en chef des salles militaires de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Trop faible témoignage de reconnaissance.

GAVARRY.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

—

Des diverses espèces de cavités osseuses.

En anatomie, science positive et qui ne comporte pas le vague, il est essentiel et nécessaire de bien s'entendre sur la valeur des mots, sans quoi naissent des discussions sans fin, qui toujours compliquent les études et souvent en arrêtent les progrès. Bien pénétré de la vérité de cette première assertion, nous croyons avant tout devoir établir la définition de celui qui va faire l'objet de notre question.

Selon nous, *cavité* signifie surface concave, creuse, susceptible de prendre toutes les formes imaginables, toutes les directions possibles. En un mot, cavité est le synonyme de creux, de vide dans tout corps solide. (Dict. de l'Académie.)

Partant de ce principe, on peut déjà concevoir combien sont nombreuses et multiformes les cavités que l'on rencontre sur les diverses parties qui constituent le squelette, charpente osseuse que l'on ne saurait trop étudier, tant il y a en elle de perfection dans la forme et le mécanisme.

Un simple et rapide examen du squelette suffit pour nous convaincre que, de la réunion de tous les os, résultent trois grandes cavités de forme variable, et destinées aux mêmes usages; car elles ont toutes un but commun, la protection des organes importants à la vie. Si, après ce coup d'œil général, on se livre à un examen plus attentif de chaque os, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'indépendamment de ces trois grandes cavités, il existe encore, soit dans l'intérieur, soit à la surface extérieure de chaque partie osseuse, une multitude de cavités plus ou moins considérables et dont les usages sont différents.

Afin de pouvoir les étudier avec plus de facilité, nous les diviserons, avec la plupart des anatomistes, ainsi qu'il suit :

1° Cavités articulaires } et se montrant toujours à la surface ex-
2° Cavités non articulaires } térieure des os.

3° Cavités non articulaires et n'existant uniquement que dans le corps même de l'os.

4° Cavités résultant de la réunion de plusieurs os.

1° Cavités articulaires et existant toujours à la surface de l'os.

Elles sont nombreuses et susceptibles de prendre des noms et des formes diverses. Ainsi, on les appelle *cotyloïde* quand elles sont hémisphériques, peu profondes, circulaires, semblables à cette espèce de vase connu des anciens sous le nom de κοτυλη ; *glénoïde* quand elles sont larges, peu concaves; *trochlée* quand elles revêtent la forme de poulie, et que les deux bords et le fond de la coulisse sont revêtus de cartilages ; *facettes* quand elles sont à peu près planes et très-lisses; *alvéoles* quand elles sont coniques.

Usages généraux de ces espèces de cavités. — La forme de chacune de ces cavités articulaires est toujours subordonnée aux usages et aux mouvements que les parties osseuses sur lesquelles on les rencontre sont appelées à remplir. L'examen comparatif des membres supérieur et inférieur suffit pour dissiper tous les doutes à cet égard.

En effet, le poids du corps étant le plus souvent supporté par le membre abdominal, et la progression ne pouvant avoir lieu sans le secours d'une articulation mobile, l'os iliaque nous offre la cavité cotyloïde de forme sphérique et à surface très-concave. Outre l'avantage de mo-

bilité qu'elle permet au fémur dont elle loge la tête, elle assure encore au corps celui non moins grand de la solidité. Cette disposition est immensément avantageuse pour l'homme ; car on sait que la station bipède est un de ses attributs particuliers. Le membre thoracique, destiné principalement à procurer à l'homme tout ce que ses désirs peuvent lui faire rechercher, n'avait besoin que d'une cavité moins profonde, mais plus favorable à toute espèce de mouvements. Il fallait, en un mot, à ce membre plus de mobilité et moins de solidité. La cavité glénoïde du scapulum remplit parfaitement ces deux conditions. Par sa forme moins que semi-sphérique et fort peu concave, elle permet à l'humérus d'exécuter des mouvements en tous genres. Une considération qui nous prouve encore davantage que le membre supérieur semble n'avoir été fait que pour la mobilité, c'est que l'omoplate, qu'on a quelquefois voulu comparer à un os du bassin, suit les mouvements qu'exécute l'humérus. Dans les articulations du coude et du genou, dont les principaux mouvements sont la flexion et l'extension, le mode d'articulation devrait être différent. Aussi voyons-nous, au lieu de profondes cavités et de grosses têtes, comme dans les articulations précédentes, des trochlées ou poulies qui s'engrènent admirablement avec les tubérosités du tibia ou celles des os de l'avant-bras.

Ce mode d'articulation est on ne peut plus favorable aux mouvements d'extension et de flexion. Une solidité parfaite l'accompagne toujours.

2° Cavités non articulaires existant ou se montrant toujours à la surface des os.

Elles sont encore plus nombreuses que les précédentes; leurs formes sont aussi variables que leurs noms. On peut les étudier sous deux rapports, celui de la forme et de leurs usages. (Cruveilhier, anat. descrip.)

Quant à la forme, on les distingue par des dénominations différentes qui sont : *fosses*, *sinus*, *cellules*, *gouttières*, *coulisses*, *sillons*, *rainures*, *échancrures*, suivant qu'elles logent un organe, que leur ouverture d'entrée est étroite, qu'elles sont peu considérables, multipliées et communiquant entre elles, qu'elles représentent un demi-canal, ou que, tapissées de cartilages, elles laissent passer les tendons, ou bien, enfin, qu'elles occupent le bord d'un os, et qu'elles représentent des impressions propres

à loger des nerfs et des vaisseaux. Les dénominations précédentes sont employées pour désigner les cavités occupant une seule surface de l'os, tandis que celles de trou, d'hiatus, de fente, de conduit, appartiennent spécialement aux cavités qui ont pour caractère particulier la perforation complète de l'os.

Toutes les fois que la perforation de l'os est un peu étendue, elle prend le nom de canal ou conduit.

Nous ferons observer en passant qu'il est des conduits qu'on nomme *nourriciers*, et qui logent les vaisseaux destinés à porter aux os leurs matériaux réparateurs. On les a divisés en trois genres, que nous examinerons plus tard en parlant des usages de chaque cavité.

Étudiées sous le rapport de leurs usages, les cavités non articulaires se subdivisent (ouv. cité) en :

A. *Cavités d'insertion.* — Cette classe renferme toutes celles qui donnent attache aux aponévroses, aux tendons des muscles, aux ligaments. Selon Bichat, leur immense avantage est de multiplier les implantations des fibres sans augmenter la surface de l'os ; de permettre aux fibres musculaires plus de développement en longueur que les éminences, et faciliter par là les mouvements.

B. *Cavités de réception.* — Ici se trouvent toutes celles qui sont destinées à loger comme dans une enceinte protectrice un organe important.

C. *Cavités d'impression.* — On les rencontre en grand nombre à la face interne du crâne. On expliquait autrefois la formation de ces impressions en comparant la pression des organes, des vaisseaux et des nerfs au mode d'action de l'anévrisme sur les os. Cette explication était évidemment fausse : car, outre que la surface des cavités sur lesquelles reposent nos organes n'est nullement semblable à la surface raboteuse des os soumis aux battements répétés d'une tumeur anévrismale, M. Serres, dans un travail fort remarquable intitulé lois générales d'ostéogénie, a prouvé, comme l'a fait pressentir Bichat, que ces impressions ne sont qu'un effet naturel de l'organisation.

D. *Cavités de glissement.* — Elles occupent en général l'extrémité des os longs, se présentent sous forme de coulisses ou gouttières. Elles sont toujours revêtues d'un cartilage qui facilite le glissement.

Il semble encore bien évident que ces cavités ne sont point le résultat du frottement ; ce qui le prouve, c'est qu'elles ne sont pas en rapport direct avec la force musculaire et l'exercice qu'elles supportent. De plus, chez les paralytiques, on ne manque jamais de les rencontrer, et elles existent même chez le fœtus dont les membres n'exécutent que de très-rares et faibles mouvements. De pareils faits ne nous disent-ils pas que, comme toutes les autres formes osseuses, les cavités de glissement subissent les lois générales d'ossification.

E. *Cavités de multiplication et d'augmentation de surfaces.* — Ce sont celles que l'on nomme cellules, et que l'on rencontre surtout dans l'ethmoïde. Spécialement affectées à l'olfaction, elles augmentent par leur forme la surface anfractueuse de cet os.

F. *Cavités de transmission.* — Dans cette classe viennent se ranger toutes celles destinées au passage des nerfs et des vaisseaux. On les trouve partout, mais principalement à la tête. M. Serres (1) a expliqué la formation de ces cavités ou trous par la loi de conjugaison. D'après lui, elles résultent d'un principe général de développement osseux.

G. *Cavités de nutrition.* — Cette septième et dernière classe n'est pas la moins intéressante ; elle comprend les cavités ou conduits donnant passage aux vaisseaux affectés à la nutrition des os et de la moelle. Ces conduits dits *nourriciers*, comme nous l'avons précédemment établi, sont divisés en trois ordres.

Dans le premier ordre, on rencontre les conduits qui appartiennent spécialement aux os longs et à quelques os larges. Il n'y a qu'un seul conduit pour chaque os. Il pénètre obliquement à travers le tissu compacte ; mais avant d'arriver au canal médullaire, il se divise en deux parties, l'une ascendante, l'autre descendante.

Au second ordre appartiennent les conduits affectés au tissu celluleux. Ils sont nombreux et se rencontrent dans tous les endroits où ce tissu abonde : quelquefois ils traversent l'os de part en part. Enfin, le troisième ordre comprend ceux que M. Cruveilhier désigne avec raison sous le nom de *capillaires* des os. Ils sont innombrables et perceptibles à la

(1) Encyc. des sciences médicales.

loupe. Leur diamètre est très-petit, et leur profondeur s'étend plus ou moins loin, tant dans l'épaisseur de la substance compacte des os longs, que de la substance spongieuse des os courts.

3° Cavités non articulaires n'existant uniquement que dans le corps même de l'os.

Il existe dans tous les os longs un conduit nommé médullaire. Son plus grand diamètre est toujours vers le centre. Selon M. Estor, sa forme n'est pas régulièrement cylindrique, et il est certain que la configuration externe de l'os n'a aucune influence sur elle. Outre la protection qu'elle accorde à la moelle, la cavité médullaire possède encore l'avantage d'offrir aux os plus de solidité et d'étendue de surface, sans augmentation de poids.

4° Cavités résultant de la réunion de plusieurs os.

Les principales sont : le crâne, le canal vertébral, la poitrine et le bassin.

Nous n'examinerons pas ces cavités dans tous leurs détails ; outre qu'une pareille description serait très-longue, elle aurait encore le grand inconvénient de nous faire sortir des limites de notre question ; aussi nous bornerons-nous à quelques généralités qui tendront à prouver avec quel soin et quelle perfection, dans les grandes comme dans les petites choses, la nature sait toujours réunir l'utile à l'agréable, le beau au bon.

Destinée à donner asile au cerveau, ce grand, cet inconcevable instrument de la pensée, la nature a dû accumuler dans la cavité crânienne toutes les conditions susceptibles de garantir cet important organe de toute atteinte extérieure. Elle y a parfaitement réussi en moulant une boîte osseuse sur la forme même de la masse encéphalique ; car, quoi qu'en ait dit Bichat, nous nous rangeons de l'avis de M. Cruveilhier, qui pense que les éminences et les enfoncements de la surface interne du crâne correspondent, les premières aux anfractuosités, les secondes aux circonvolutions du cerveau. Non-seulement les parois osseuses de la cavité crânienne assurent au cerveau, par leur épaisseur, un abri puissant ; mais encore elles décomposent, par leur multiplicité et leur disposition, les chocs qui retentissent jusqu'à cet organe si délicat, si essentiel.

La moelle épinière, remplissant comme le cerveau des fonctions de la plus haute importance, avait aussi besoin de trouver asile et protection

dans un canal osseux qui, tout en se prêtant aux divers mouvements du tronc, la garantît de toute compression et la mît entièrement à l'abri des chocs extérieurs.

Ces deux conditions sont remplies par le canal vertébral. Quoi de plus admirable que la colonne épinière ! Formée par la superposition et l'imbrication de vingt-quatre os unis entre eux par des ligaments nombreux et séparés par des cartilages éminemment élastiques, cette tige osseuse offre, dans son centre, un asile sûr à la moelle; tandis que son corps exécute ces mouvements doux et liants qui donnent à la démarche, aux attitudes de l'homme tant d'aisance et de grâce. Mais là ne se bornent point toutes les ressources de la nature : un rapide examen de la poitrine va bientôt nous prouver qu'elle aussi a eu sa large part d'avantages dans cette distribution générale.

Le sternum, les côtes et toute la région dorsale de la colonne vertébrale, telles sont les pièces qui constituent le thorax. Cette cavité contient et protége les principaux organes de la respiration et de la circulation. Ces deux fonctions si essentielles à la vie ne pouvant être interrompues sans que notre existence soit compromise, la nature semble avoir tout fait pour en rendre l'exercice doux et facile. Sa structure est si conforme à ses usages, qu'on ne peut s'empêcher de la considérer à la fois comme cage protectrice et comme soufflet respirateur. Ici, en effet, nous ne trouvons plus une cavité complète : des espaces nommés intercostaux séparent les divers os qui constituent la cage thorachique. Ces espaces sont remplis par des parties molles qui concourent à faire opérer à la poitrine des mouvements alternatifs de dilatation et de resserrement. Nul doute que, d'après cette disposition du thorax, les poumons puissent être plus facilement atteints que l'encéphale. Mais aussi, avouons-le, les médecins sont bien plus avancés sur le diagnostic des maladies de poitrine.

Assurément ce n'est qu'une pareille disposition qui a pu faire concevoir à Laënnec l'idée de son *stéthoscope*, instrument admirable qui semble faire lire par l'oreille à travers nos organes.

Mais hâtons-nous d'arriver à une cavité qui n'est pas moins intéressante, le bassin.

Si nous voulions examiner le bassin dans ses diamètres, nous considérerions les grandeurs diverses qu'il présente suivant le sexe ou suivant l'âge. Nous verrions comment, tant que les organes génitaux restent muets, le bassin ne présente rien de distinctif, pas plus chez l'homme que chez la femme ; mais qu'au moment du développement de ces organes, apparaissent les grandes différences de cette cavité, différences qui, à elles seules, suffiraient pour faire distinguer les deux sexes. Qu'il nous suffise de dire en terminant que la portion inférieure de cette cavité (petit bassin) paraît avoir été disposée exprès pour recevoir et protéger en même temps les pièces principales de la génération, tandis que la partie supérieure (grand bassin) se prête admirablement, par sa configuration, au rôle qu'elle est appelée à remplir.

SCIENCES MÉDICALES.

—

Donner les caractères du zona; indiquer les principales théories émises quant à sa nature.

Les auteurs qui se sont occupés du zona sont nombreux, et les différents noms sous lesquels cette maladie a été désignée ne le sont pas moins. Cette grande synonymie provient sans doute de ce que les divers dermatologues qui ont écrit à ce sujet ont pris pour base de leur dénomination, les uns la forme, les autres la couleur, d'autres, enfin, les symptômes locaux de cette affection. C'est ainsi que, sous le nom d'*ignis sacer*, Celse (1) parle d'un exanthème qui a la plus grande similitude avec le zona; mais comme il passe sous silence son caractère essentiel, savoir son siége sur la moitié d'une partie quelconque affectée, il a laissé beaucoup à douter. Pline, qui a parfaitement décrit cette maladie, excepté son pronostic, se sert de la phrase suivante pour nous la dénommer : *medium hominem ambiens ignis sacer, zoster appellatur.* Les Arabes employaient l'expression énergique de *formica corrosiva*. William l'appelle *herpes zoster.* Enfin, d'autres auteurs l'indiquent sous les noms de *zona ignea, zona repens, zona serpiginosa, zona volatica, zincilla, circinus, erysipelum pustulosum;* et, dans le vulgaire, les dénominations de *ceinturon, de sangle, de feu sacré,* sont celles le plus fréquemment employées pour la désigner.

Le phénomène générique qui caractérise le zona consiste dans l'éruption d'un plus ou moins grand nombre de vésicules ou phlyctènes: ces vésicules se distribuent par groupes et apparaissent successivement; de telle sorte que, pendant le temps que les premières arrivent à leur période de des-

(1) *Liber de medicina*, v. c. 28, § 4.

sication, d'autres se forment et les remplacent. Leur durée ne dépasse pas ordinairement le troisième septénaire.

Comme la plupart des maladies de la peau, cette éruption érythémateuse s'annonce souvent par un sentiment de malaise général. L'endroit qui doit être le siége de l'éruption se couvre de petites taches rouges; la peau y est brûlante. Quarante-huit heures après, ces petites taches sont surmontées de vésicules agglomérées et disposées en groupes; une aréole rouge et inflammatoire les entoure. D'abord transparentes, de la grosseur et de la forme de petites perles, ces vésicules augmentent peu à peu de volume, et égalent celui d'un pois ou d'une lentille. Si, après trois ou quatre jours, l'inflammation persiste et devient plus intense, l'aréole inflammatoire s'étend, et les vésicules, susceptibles de se transformer en bulles, peuvent, d'après Frank, égaler le volume d'une noisette et même d'un œuf de pigeon. Ce développement excessif permet aux divers groupes de se réunir, et donne lieu à des douleurs atroces; car c'est le corps papillaire cutané que cette affection a pour siége : ce qui explique les tourments affreux qu'endurent les malades.

Si les vésicules éprouvent, pendant leur développement, des modifications extérieures, le liquide qu'elles renferment en éprouve aussi dans sa couleur comme dans sa nature. Il perd peu à peu sa transparence, prend une teinte opaline, devient séro-purulent, et si le degré d'inflammation est porté très-loin, il se convertit en véritable pus. Parmi ces vésicules, il en est qui, au quatrième jour, se rompent, se vident et laissent à nu une surface qui suppure; d'autres, et c'est le plus grand nombre, qui se transforment en croûtes lamelleuses dont la chute ne tarde pas à s'effectuer; d'autres, enfin, qui se flétrissent ou avortent. La plupart d'entre elles laissent sur le corps, pour un temps plus ou moins long, des traces de leur existence.

M. Rayer (1) ayant étudié, pendant la vie, la disposition anatomique des vésicules et des bulles, dit avoir reconnu qu'indépendamment du liquide qu'elles contiennent, il existe encore, dans le plus grand nombre d'entre elles, une petite fausse membrane très-adhérente à la surface du réseau

(1) Rayer, traité des maladies de la peau.

vasculaire. Ce réseau, d'un rouge vif, est surmonté de petites granulations formées par les papilles, ce qui ne doit pas peu contribuer, s'il en est ainsi, à mettre en éveil l'excessive sensibilité de la peau.

Telle est la marche, tels sont les phénomènes locaux de l'éruption qui caractérise le zona. Mais outre qu'elle ne constitue pas à elle seule toute la maladie, il est encore un caractère propre et essentiel à noter : c'est que le zona n'occupe jamais que la moitié de la partie affectée. Il se développe sur toutes les parties du corps: à la tête, au front, à la face, au cou, au pénis, au scrotum, sur les bras comme sur les jambes, et le plus souvent au tronc.

Il revêt sur ces différentes parties diverses formes, et représente tantôt une cravate, tantôt un bracelet, et d'autres fois un bandeau ou une jarretière.

Quoi qu'en aient dit certains auteurs, nous ne pensons pas que le zona se montre exclusivement sur le côté droit ou sur le côté gauche du corps. Nous sommes, au contraire, très-porté à croire qu'il se développe indistinctement sur l'un comme sur l'autre, et qu'il n'a de préférence pour aucun côté. Ce qui nous engage à embrasser cette opinion, c'est que personne, que nous sachions, n'a pu jusqu'à présent expliquer la cause d'une pareille disposition anatomique, et que les résultats statistiques obtenus jusqu'à ce jour ont tour à tour été favorables et défavorables à chacun des deux côtés.

Comme nous l'avons déjà dit, le zona peut se développer sur toutes les parties du corps; mais c'est ordinairement sur le tronc qu'il apparaît. Il s'y dessine en serpentant et formant une zone ou demi-ceinture dont le point de départ est la colonne épinière, et celui d'arrivée la ligne blanche. De toutes les parties du tronc, l'abdomen est celle qu'il semble préférer. Il s'y montre, en effet, bien plus souvent que sur les régions thorachiques et dorsales.

Bien que la disposition de cet exanthème soit assez constante, elle offre cependant quelques variétés. Tous les auteurs citent le cas très-intéressant de M. Montault, où le zona formait une ceinture complète autour du corps. Cette disposition est bien mentionnée dans les anciens ouvrages, mais aucun d'eux ne nous en présente d'observations authentiques.

Les dermatologues Alibert et Rayer avouent n'en avoir jamais vu. Mais le premier de ces écrivains rapporte l'exemple non moins curieux de deux zones qui saisissaient les flancs du malade de chaque côté, comme deux fers à cheval : on remarquait un vide devant et derrière. Enfin, Marcus (1) parle aussi d'un cas de zona qui occupait tout un côté du corps. Ce fait paraît si extraordinaire à Frank, qu'il croit devoir le considérer comme une méprise ou comme une rêverie de la part du médecin anglais.

A la description des symptômes locaux qui caractérisent le zona, hâtons-nous d'ajouter celle des symptômes généraux qui souvent le précèdent et l'accompagnent presque toujours. Il est vrai de dire que l'éruption érythémateuse se fait quelquefois sans trouble apparent dans l'organisme; mais le plus souvent, comme dans l'érysipèle, par exemple, les malades éprouvent un sentiment de malaise général, des douleurs dans les membres, des élancements très-vifs, des picotements qui se renouvellent et deviennent plus aigus à mesure que l'éruption s'étend davantage. Alors la fièvre survient et le pouls se montre dur et fréquent. La bouche est amère; la langue est chargée de saburres. Les nausées, les vomituritions, la céphalée, la dyspnée, et quelquefois des lipothymies, accablent le malade.

Toutefois nous devons faire observer que l'éruption qui nous occupe n'est pas invariable dans son apparition. Souvent elle peut se montrer sous la forme *discrète* (2); et, dans ces cas, les vésicules ne sont pas plus grosses que des lentilles. Leurs groupes sont aussi épais et peu nombreux. Mais les choses ne se passent point toujours aussi heureusement, car cette éruption apparaît quelquefois sous la forme *confluente*; de telle sorte que les phlycténes se touchant les unes avec les autres, peuvent, comme dans les brûlures vésiculo-bulleuses du deuxième degré, soulever l'épiderme et le détacher de la peau en larges lambeaux. Si nous nous rappelons maintenant ce que nous avons déjà dit touchant le véritable siége de cette affection, il nous sera facile de concevoir combien, en pareille circonstance, les douleurs doivent être plus poignantes et la guérison retardée,

(1) *Entwurf einer speciellen therapie*, *B.* 2, *p.* 213.

(2) Rayer, ouv. cit.

surtout si l'individu malade est déjà avancé en âge, ou atteint d'une diathèse *scrophuleuse* ou *syphilitique*, et si le lieu affecté se trouve parfois obligé de servir de point d'appui au corps.

Au reste, pour mieux sentir le genre de souffrance de cette maladie, nous ne croyons pouvoir mieux faire que d'emprunter le passage suivant à M. Alibert (1) : « Ce sont, dit cet écrivain, des démangeaisons aiguës » et brûlantes qui tantôt sont continuelles, tantôt se déclarent par accès, » et durent pendant plusieurs heures. Ceux qui sont atteints de ce mal » douloureux se croient serrés par une barre de fer : c'est ce qu'ils ex- » priment énergiquement en disant qu'ils ont le côté saisi comme par » une griffe, ou comme déchiré par un instrument acéré. »

Presque tous les dermatologues pensent que le zona se montre toujours à l'état aigu. Outre l'exemple cité par Borsieri, et ceux rapportés par M. Alibert, nous croyons pouvoir, sans paraître trop déraisonnable, adopter l'opinion de Frank, qui accorde la chronicité à cette maladie. Cette opinion nous paraît d'autant plus rapprochée de la vérité, que ceux même qui refusent le caractère de chronicité au zona, avouent de bonne grâce qu'il existe des cas où la douleur persiste toujours, bien que les symptômes locaux soient entièrement dissipés, et qu'il en est d'autres où les zones, semblables au serpent de l'hydre, renaissent sans cesse pour tourmenter le patient par d'affreuses récrudescences.

En parcourant les divers traités de dermatologie, on ne tarde pas à s'apercevoir que les écrivains qui ont prétendu nous éclairer sur la nature du zona ont dû souvent mettre l'erreur à la place de la vérité. Les hypothèses plus ou moins vraisemblables, la diversité d'opinions émises à ce sujet, sont bien capables de nous faire croire que tout n'est pas dit sur les maladies de la peau, et qu'un voile mystérieux nous en cache encore les véritables sources. Sans doute, on s'est beaucoup occupé, dans ces derniers temps, des maladies qui intéressent le système dermoïde. Il n'est pas une seule de ces affections dont le portrait fidèle ne nous ait été représenté. Quelquefois même le zèle du peintre et l'imagination du pathologiste se sont montrés plus riches, plus féconds que la nature, en

(1) Traité des dermatoses.

prêtant à quelques-unes d'entre elles, aux dépens de leur brillant pinceau, des caractères que la plus minutieuse attention ne parvient pas à découvrir. Aussi, tant que les dermatologues modernes ne rectifieront pas la marche de leurs études, c'est-à-dire tant qu'ils sacrifieront le fond à la forme en s'attachant plutôt à décrire sous des couleurs vives et brillantes les diverses nuances locales d'une affection qu'à en surprendre le secret et la nature, il est probable que le doute et l'erreur remplaceront trop souvent dans nos esprits la certitude et la vérité.

A coup sûr, si la nature du zona nous est encore inconnue, ce n'est pas faute de la part des auteurs d'avoir créé des théories; car l'esprit humain est ainsi fait qu'il cherche toujours à expliquer, à donner comme certain ce qui se prête difficilement ou ne comporte aucune démonstration. Aussi ne sommes-nous pas étonné que les uns (1), avec Geyer, attribuent cette maladie à un virus pétéchial dégénéré; que d'autres, avec Lorry, l'aient fait provenir de saburres gastriques, d'humeurs viciées et de suppression de la transpiration insensible; et que, tour à tour, Gritanner, Borsieri, Wichman, Hufeland, aient invoqué pour en expliquer la nature, l'un une dégénération syphilitique, l'autre un principe brûlant toujours prêt à faire explosion et à porter le trouble dans toute l'économie, l'autre un miasme spécifique, et le dernier, enfin, une constitution rhumatico-catarrhale.

Galvani même, plein de ferveur pour le fluide électrique, établit sa théorie à ce sujet, et l'attribua nécessairement aux jeux déréglés de l'électricité animale. Mécontent de tout ce qui avait été fait jusqu'à lui, M. Alibert a rejeté toutes ces théories peu satisfaisantes, et s'en est formé une particulière. Il a agi, à l'égard du zona, comme à l'égard de toutes les dermatoses eczémateuses, c'est-à-dire qu'il explique sa formation comme l'action altérante du feu. En suivant pas à pas la progression de cette maladie, il va jusqu'à considérer le corps humain comme essentiellement producteur d'un calorique qui le consume, et cherche, par des exemples, à prouver cet état ignéal de la nature vivante, qui probablement n'a jamais existé que dans son imagination.

(1) Renauldin, dict. des sciences médicales, art. *zona.*

Telles sont à peu près les diverses théories émises sur la nature du zona. Mais est-ce bien là la vérité ? Certainement nous ne voudrions pas l'affirmer.

Si, au milieu de tant d'avis divers, nous étions obligé d'émettre notre opinion, nous ne saurions le faire qu'avec la plus grande réserve. Les symptômes précurseurs, la correspondance sympathique de la peau avec la muqueuse gastro-intestinale, l'influence réciproque de ces deux ordres de phénomènes, l'élément nerveux qui accompagne toujours cet état phlegmasique du derme, et qui prête au zona certains caractères de la névralgie : voilà quelles seraient les bases sur lesquelles nous nous appuierions pour fonder notre raisonnement. En agissant ainsi nous suivrions les conseils de Pinel, qui reconnaît dans le zona une très-grande analogie avec l'érysipèle. Il est très-probable que cette analogie existe entre ces deux affections, et que l'une et l'autre dépendent quelquefois d'un élément inflammatoire, mais que le plus souvent elles sont liées, soit à un état saburral des premières voies, soit à un état bilieux. Néanmoins, dans plusieurs cas, on peut voir le zona apparaître chez des individus qui n'offrent aucun symptôme d'embarras gastrique, chez lesquels toutes les fonctions s'exécutent bien, de telle sorte qu'alors il devient très-difficile d'assigner une cause réelle à la maladie qui se présente.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Dans quel cas et comment pratique-t-on la résection des extrémités inférieures du fémur et supérieure du tibia ?

Toute opération qui a pour but la conservation d'un membre doit toujours être accueillie favorablement par le malade, et recherchée avec avidité par le chirurgien. A ce titre, et considérées sous un point de vue général, les résections méritent de prendre rang parmi les ressources efficaces de la chirurgie. En les pratiquant, tous nos plus habiles chirurgiens ont obtenu des succès variés. Mais là ne se borne pas le mérite de ces maîtres de l'art. Ces savants professeurs ont su, tout en exposant dans leurs écrits la masse des avantages des résections en général, doter la chirurgie de sages préceptes relatifs à chacune de ces opérations en particulier.

Il est, en effet, reconnu de nos jours, et l'expérience prouve à chaque instant que, dans les résections, les chances de réussite diminuent en raison directe de la distance de l'articulation par rapport au tronc, et que, pratiquées sur les membres thorachiques ou sur les abdominaux, tous les avantages et le plus grand nombre de succès appartiennent aux premiers. Ce précepte général fait déjà pressentir que rarement on doit avoir recours à la résection des extrémités articulaires qui nous occupent.

Depuis 1781, Park, Mudler, Moreau, Crampton, Syme, Travers, Jæger, l'ont successivement pratiquée. Sur treize cas, on n'en compte

que trois dans lesquels l'opération ait eu un plein succès (1). Aussi est-elle généralement proscrite, et la plupart des chirurgiens lui préfèrent l'amputation.

Cet arrêt défavorable, porté sur la résection tibio-fémorale, nous paraît juste et mérité. Au reste, quelles sont les causes qui peuvent nécessiter une pareille opération ?

Évidemment nous ne saurions les trouver autre part que dans les affections des têtes articulaires, affections qui sont le plus souvent le résultat d'une carie, d'une nécrose ou de toute autre altération du tissu osseux, telle que l'ostéo-sarcôme, le spina-ventosa, etc., etc. Dans ces circonstances, à moins que le chirurgien soit bien sûr de son diagnostic et du peu d'étendue de la maladie, on doit lui préférer l'amputation. Car, si l'économie est profondément altérée, il est impossible, par la résection, de faire disparaître les tissus affectés ; et, de plus, la suppuration accompagnant toujours la large plaie qui en résulte, complique aussi la guérison et rend le succès plus incertain. En outre, dans le cas d'ostéo-sarcôme, est-on sûr, en enlevant la tumeur, d'enlever tout le mal ? Nous ne prétendons pas dire par là que l'amputation, pratiquée dans les mêmes cas, mette mieux à l'abri de la récidive de la maladie. Mais, qu'on ne s'y trompe pas, si, comme nous le pensons, l'ostéo-sarcôme est pour les os ce qu'est le cancer pour les parties molles, l'opération ne fera qu'enlever les symptômes apparents, la cause ne sera nullement détruite. Elle n'aura pas cessé d'exister, et, dès lors, ne pourra-t-elle pas encore donner naissance à de nouveaux désordres qui finiront par entraîner le malade au tombeau? C'est, du reste, ce qui arrive trop souvent. Quant aux autres affections organiques des os, nul doute que, si la cause interne a été détruite, comme dans le cas de carie, par exemple, la résection ou mieux l'amputation, si le mal est trop étendu, ne soit couronnée de succès, le malade étant d'ailleurs dans de bonnes conditions.

Les fractures comminutives, les plaies par armes à feu sont aussi des

(1) Velpeau, méd. opératoire.

causes susceptibles de faire naître dans l'esprit du chirurgien l'idée de la résection fémoro-tibiale. Ici encore, pour peu que les désordres des parties soient considérables, que les extrémités aient éprouvé à une distance de plus de deux pouces des changements notables, l'avantage est tout du côté de l'amputation. Ce n'est pas tant à cause de sa grande somme de souffrance, de sa large plaie, de la lenteur et de la difficulté de son manuel opératoire, mais bien à cause de ses tristes résultats et de ses trop rares et incomplets succès, que, généralement, nous croyons, avec le plus grand nombre de chirurgiens, devoir rejeter la résection de l'articulation tibio-fémorale, et lui préférer l'ablation totale du membre. Les cas les plus heureux de guérison rapportés jusqu'à ce jour nous apprennent que, lors même que le malade conserve son membre, il lui devient plus importun qu'une jambe artificielle. Le rétablissement de l'articulation n'a pas lieu; la jambe, si elle conserve la faculté de se mouvoir, n'exécute que des mouvements très-irréguliers, et se trouve ordinairement déviée en dehors.

En dernière analyse, les cas justifiant l'indication de cette opération doivent se présenter bien rarement. Nous pensons qu'on ne doit la tenter que sur un individu jeune, d'une constitution satisfaisante, et ne présentant que des désordres locaux ou des altérations assez peu compliquées pour ne pas réclamer l'amputation. Malgré notre éloignement pour la résection, si un individu, offrant toutes ces conditions favorables, se présentait à nous, nous n'hésiterions pas à la tenter; car il ne faut pas néanmoins trop se le dissimuler, elle offre un avantage immense, celui de la conservation du membre.

Les chances de succès et d'insuccès étant bien pesées, si le chirurgien se décide à la résection, il devra : 1° préparer son appareil, se munir de tous les instruments nécessaires en pareil cas, tels que scie, gouge et maillet; 2° disposer convenablement ses aides, et placer le malade comme dans un cas d'amputation; 3° se représenter nettement les désordres anatomiques qui la rendront trois fois plus difficile sur le cadavre que sur le vivant; 4° faire choix d'un procédé, et agir, sans jamais oublier que Moreau fils a dit en parlant des résections : « que l'opérateur

» s'attache à avoir besoin de tout son sang-froid ; cette chirurgie veut de » la prudence et exclut toute timidité. »

Les procédés proposés pour cette résection et sur lesquels le chirurgien devra fixer son choix, sont les suivants dont nous empruntons la description au manuel opératoire de M. Malgaigne.

Procédé de Park. — Il faisait une incision cruciale dont la branche transversale passait au-dessus de la rotule. Ce procédé est généralement rejeté.

Procédé de Moreau. — Il applique au genou les mêmes incisions qu'au coude. Ainsi, deux incisions latérales, remontant sur la cuisse à une hauteur convenable, sont réunies au-dessous de la rotule par une incision transversale ; on dissèque le lambeau et on enlève la rotule. L'articulation est ainsi très-aisément ouverte ; le fémur luxé en avant, isolé et réséqué. Si le tibia est malade, on prolonge sur la jambe les incisions latérales, on dissèque le lambeau, et rien de plus aisé que d'isoler le tibia en arrière ; il suffit de raser la face postérieure avec un couteau étroit. On le résèque avec la scie. Le manuel opératoire de ce procédé est long, laborieux, et cause au malade une grande somme de souffrance.

Procédé de MM. Sanson et Bégin. — Ils commencent par pénétrer dans l'articulation par une incision transversale au-dessous de la rotule ; puis ils passent aux incisions latérales : le résultat est le même que pour le procédé Moreau.

Procédé de M. Syme. — La jambe fléchie à angle droit sur la cuisse, l'opérateur fait sous la rotule une incision transversale légèrement courbe, à convexité inférieure, qui s'étend jusqu'aux ligaments latéraux, et ouvre du même coup l'articulation ; une autre incision à convexité supérieure, rejoignant la première à ses deux extrémités, passe par-dessus la rotule et circonscrit cet os dans un lambeau elliptique qu'on enlève. On détruit ensuite les ligaments latéraux, puis les ligaments postérieurs ; on détache la peau et les chairs du fémur d'abord, puis du tibia ; on passe une compresse fendue, et on résèque à l'aide de la scie.

Ces divers procédés permettent d'atteindre le même but ; mais le dernier est celui qui paraît le plus satisfaisant, et que M. le professeur

Lisfranc a adopté. Après l'opération, de quelque manière qu'on s'y soit pris, il faut toujours réunir les bords de la plaie, la tenir en contact par des points de suture ou des bandelettes agglutinatives, et chercher, à l'aide d'un appareil semblable à celui des fractures compliquées, à conserver le membre dans la plus grande immobilité.

En pareil cas, l'hyponarthécie ne serait peut-être pas sans avantages, et nul doute que Moreau père, en plaçant le membre sur une planchette horizontale, n'ait pressenti tous les bons effets qu'on pouvait en retirer.

SCIENCES ACCESSOIRES.

—

Quels sont les agents chimiques capables de neutraliser les propriétés vénéneuses des sels de baryte ?

Tous les chimistes s'accordent à dire que les sels de baryte possèdent à un très-haut degré les propriétés vénéneuses des poisons irritants, et que leur action, semblable à celle des narcotiques, outre son influence locale, se fait encore sentir sur tout l'ensemble du système nerveux, sans doute parce que ces sels sont rapidement absorbés. Les nombreuses expériences faites à cet égard sur les animaux vivants, par MM. Brodie et Orfila, justifient pleinement la vérité de cette assertion.

Il résulte, en effet, des travaux de ces expérimentateurs : 1° que l'hydrochlorate de baryte injecté dans les veines, à la dose de quelques grains, donne la mort dans l'espace de cinq à six minutes; 2° qu'introduit dans l'estomac des chiens ou des lapins, à la dose d'un gros, l'œsophage lié ou non, il les fait périr en moins d'une heure; 3° qu'appliqué sur une plaie, ou injecté dans le tissu cellulaire à la même dose, il donne la mort dans l'espace de deux à trois heures. (Devergie, dict. de méd. et de chirurgie pratiques, art. *baryte.*)

Quoi qu'il en soit, bien que, dans l'état actuel de la science, l'usage des sels de baryte soit très-restreint dans le traitement des maladies, il suffit que plusieurs d'entre eux, et de ce nombre sont le nitrate, le méconate, que Brumser considère comme un puissant vermifuge, et enfin l'hydrochlorate, le plus vénéneux de tous, il suffit, disons-nous, que tous ces sels aient été introduits dans le domaine de la matière médicale,

pour que nous cherchions à connaître quels sont les agents chimiques capables de neutraliser les propriétés vénéneuses de ces corps.

Afin d'arriver d'une manière sûre et positive à notre but, nous n'avons qu'à jeter un coup d'œil sur les caractères distinctifs des sels de baryte. Parmi ceux-ci, nous retrouvons bientôt, comme caractère essentiel et éminemment distinctif, l'insolubilité du sulfate. Or, eu égard à ce caractère précieux, toutes les fois que nous voudrons combattre la nocuité d'un sel de baryte, nous chercherons à l'aide d'un *sulfate soluble*, et par une réaction dont les lois chimiques rendent parfaitement compte, à le transformer en sulfate insoluble, ce qui, pour un poison qui peut facilement être absorbé, sera déjà une circonstance bien favorable; car, dans un cas d'empoisonnement, il serait toujours facile de faire rejeter le poison en provoquant les vomissements.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES ❋, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET ❋ ✠.	*Clinique médicale.*
LORDAT ❋, Exam.	*Physiologie.*
DELILE ❋, Présid.	*Botanique.*
LALLEMAND ❋.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL ❋.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL O. ❋.	*Anatomie.*
DELMAS ❋.	*Accouchements.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH ❋.	*Pathologie médicale.*
SERRE ❋.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD ❋.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR ✠.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
ESTOR.	*Opérations et Appareils.*
BOUISSON.	*Pathologie externe.*

Professeur honoraire. M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE ❋.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
BERTIN.
BATIGNE.
BERTRAND, Exam.
DELMAS Fils.
VAILHÉ.
BROUSSONNET Fils.
TOUCHY, Exam.

MM. JAUMES.
POUJOL.
TRINQUIER.
LESCELLIÈRE-LAFOSSE.
FRANC.
JALAGUIER.
BORIES.

MATIÈRE DES EXAMENS.

1er Examen. *Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle, Pharmacologie.*

2e Examen. *Anatomie, Physiologie.*

3 Examen. *Pathologie interne et externe.*

4e Examen. *Thérapeutique, Hygiène, Matière médicale, Médecine légale.*

5e Examen. *Accouchements, Clinique interne et externe.* (Examen prat.)

6e et dernier Examen. *Présenter et soutenir une Thèse.*

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés; et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères, si j'y manque!